



Universidad del sureste  
Campus Comitán  
Licenciatura en medicina humana



Técnicas quirúrgicas básicas

Andy Janeth Pérez Díaz

Dr. Erick Antonio Flores Gutiérrez

6 semestre grupo D

3er parcial

Trauma Torácico y Abdominal

Comitán de Domínguez Chiapas a 1 de junio del 2025

Nombre	Definición	Epidemiología	Etiología	Clínica	Diagnostico	Tratamiento
<b>Tórax inestable</b>	Fractura de 2 o más costillas adyacentes con alteración en cinética de ventilación.	Incidenia estimada en un 5-13% de los px con fracturas de costillas.	Consecuencia de un trauma con múltiples fracturas costales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Movimiento asimétrico entre ambos hemitórax</li> <li>Crepitación en área costal</li> <li>Dolor al respirar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Clínico</li> </ul>	Inicial: oxigenación, hidratación y analgesia, intubación endotraqueal Definitivo: quirúrgico
<b>Neumotórax abierto</b>	Apertura de la pared torácica con intercambio entre presión intratorácica y atmosférica.	La prevalencia puede variar dependiendo de la tasa de traumatismos en una población específica Mayormente dada en hombres	<ul style="list-style-type: none"> <li>Herida penetrante del tórax</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Herida que respira</li> <li>Timpanismo</li> <li>Hipoxia e hipercapnia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Clínico</li> </ul>	Inicial: válvula unidireccional (oclusión con apósito en 3 lados) Tubo pleural (alejado de lesión) y reparación QX
<b>Neumotórax a tensión</b>	Lesión que ocurre cuando se filtra aire a través de una válvula unidireccional (desde pulmón a pared torácico)		Uso de ventilación mecánica invasiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>Taquicardia</li> <li>Hipotensión</li> <li>Ausencia de ruidos respiratorios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Clínica (choque obstructivo) y desviación contralateral de tráquea</li> <li>Radiografía de tórax</li> </ul>	Inicial: descompresión en 5to espacio intercostal en LAA con aguja de 8 cm. Definitivo: sonda con pleurostomía de 28 a 32Fr en 5to espacio intercostal LMA
<b>Neumotórax simple</b>	Entrada de aire al espacio pleural por laceración pulmonar, con alteración en	Incidenia por edad en hombres es de 7,4 a 18 casos por 100,000 al año mientras que en	Fractura costal	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ausencia de ruidos respiratorios</li> <li>Timpanismo e hiperresonancia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Clínica</li> <li>Radiografía de tórax (radio lucidez)</li> </ul>	Neumotórax menor: oxígeno mayor a 15L/min

	ventilación y perfusión	mujeres es de 1,2 a 6 casos por 100,000 al año				Pleurostomía con sonda endopleural de 28 fr en 5 E.I.C en L.A.M
<b>Hemotórax simple</b>	Tipo de derrame pleural donde hay una acumulación de -1500 ml de sangre.		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lesión de vasos intercostales</li> <li>• Lesión de herida penetrante a vasos sistémicos</li> <li>• Trauma cerrado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausencia de murmullo vesicular</li> <li>• Matidez a la percusión.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiografía</li> <li>• Confirma: toracocentesis</li> </ul>	Sonda pleurostomía d gran calibre (28-36 fr).
<b>Hemotórax masivo</b>	Acumulación de +1500 de sangre en un lado del torax o drenaje mayor 200 ml/hora durante 2 a 4 hrs.	La mortalidad asociada a este es variable, puede ser alta especialmente en casos de traumatismos penetrantes o lesiones cardiacas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Herida penetrante con lesión de vasos sistémicos o hiliares (trauma cerrado)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Matidez a la percusión</li> <li>• Choque hipovolémico</li> <li>• Ausencia de murmullo vesicular</li> <li>• Venas de cuello aplanadas</li> </ul>	Clínico y asociado a shock con ausencia de ruidos respiratorios o matidez a la percusión en un hemitórax	Inicial: reposición de volumen + descompresión con sonda endopleural de 28 a 32 fr en 5 E.I.C L.M.A
<b>Diseción aortica</b>	Diseción asociada a un trauma por desaceleración, caídas de gran altura o accidentes de transito	Incidencia estimada de 2,6 a 3,6 casos por cada 100,000 personas-año.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidas de gran altura</li> <li>• Accidentes de transito</li> <li>• Trauma por desaceleración.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor torácico agudo</li> <li>• Hipotensión refractaria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clínica</li> <li>• Tomografía computarizada</li> <li>• Radiografía torácica (ensanchamiento mediastinal +8cm)</li> </ul>	Inicial: controlar TA con esmolol y alternativo (nicardipino) Definitivo: drenaje amplio del espacio pleural y mediastino
<b>Ruptura esofágica por trauma</b>	Trauma cerrado con desgarró lineal por aumento de presión intraabdominal hacia el esófago.		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trauma penetrante</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor torácico intenso</li> <li>• Efisema subcutáneo</li> <li>• Hemoptisis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiografía de tórax: aire en mediastino</li> <li>• TAC contrastado</li> <li>• Endoscopia</li> </ul>	Drenaje amplio del espacio pleural y mediastino con reparación directa de la lesión

<b>Taponamiento cardiaco</b>	Acumulación de líquido en el saco pericárdico	Incidencia de 1,1% en personas con problemas cardiacos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Trauma penetrante</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Act. Eléctrica sin pulso</li> <li>Triada de Beck (hipotensión, ingurgitación yugular y ruidos cardiacos disminuidos)</li> <li>Signo de Kuss Maul</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Radiografía: cardiomegalia</li> <li>Clínico: triada de Beck</li> <li>USG Fast</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inicial: pericardiocentesis guiada por USG</li> <li>Definitivo: toracotomía con ventana pericárdica</li> </ul>
<b>Lesión de árbol traqueobronquial</b>	Se produce a 1 pulgada de la Carina donde el bronquio derecho es el más afectado por ser el más proximal.	La mayoría de los px mueren en el lugar del accidente y los que llegan vivos al hospital tienen un alto índice de mortalidad debido a las lesiones asociadas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Desaceleración rápida</li> <li>Trauma contundente</li> <li>Aplastamiento</li> <li>Trauma cerrado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hemoptisis</li> <li>Hemotórax hipertensivo</li> <li>Enfisema subcutáneo</li> <li>Salida de aire en grandes cantidades</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Clínico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inicial: colocación de aire definitiva (asistencia endotraqueal con fibra óptica)</li> <li>Definitivo: intervención QX</li> </ul>
<b>Contusión pulmonar</b>	Lesión letal frecuente en tórax inestable	Principal causa de muerte en trauma torácico	<ul style="list-style-type: none"> <li>Trauma torácico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Insuficiencia respiratoria</li> <li>Hemoptisis</li> <li>Hipoxemia</li> </ul>	Radiografía: infiltración de alveolos con presencia de líquido en saco alveolar	<ul style="list-style-type: none"> <li>O2</li> <li>Analgesia</li> <li>Fisioterapia ventilatoria</li> </ul>
<b>Traumatismo cerrado de abdomen</b>	Cualquier lesión de abdomen que comprometa a órganos internos.	Causa común de morbilidad y mortalidad especialmente en personas jóvenes con mayor incidencia en hombres debido a	<ul style="list-style-type: none"> <li>Trauma cerrado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dolor</li> <li>Estabilidad o inestabilidad hemodinámica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>TAC</li> <li>USG FAST</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Laparotomía (LP+USG FAST+)</li> </ul>

		accidentes de tráfico.				
<b>Traumatismo abierto de abdomen</b>	Lesión de abdomen por herida por arma blanca o arma de fuego	Mayor incidencia en hombres y en jóvenes, siendo herida por arma blanca y arma de fuego las causas más comunes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Por arma de fuego</li> <li>• Por arma blanca</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes inestables (estables en algunos casos)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tomografía</li> <li>• USG Fast</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Laparotomía</li> <li>• Quirúrgico</li> </ul>
<b>Trauma esplénico</b>	Órgano mas afectado por su fragilidad y localización		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trauma abdominal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hemorragia</li> <li>• Irritación peritoneal en área esplénica</li> <li>• Signo de KEHR</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escala de lesión orgánica de bazo (AAST)</li> <li>• Ultrasonido abdominal</li> <li>• TC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esplenectomía (grado 5)</li> <li>• Electrocauterio o sutura absorbible (grado 1-2)</li> </ul>
<b>Lesión duodenal</b>	Pacientes con antecedente de impacto frontal/golpe directo de abdomen		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Golpe directo de abdomen</li> <li>• Antc de impacto frontal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aire en retroperitoneo</li> <li>• aspiración de sangre</li> </ul>	TAC doble contraste	Laparotomía
<b>Lesión pancreática</b>	lesión por un trauma abdominal		Px con antecedente de golpe directo en epigastrio	Enzimas pancreáticas normales que posteriormente se elevan	TAC de doble contraste	Laparotomía

## Bibliografia

ATLS, GPC-SS-447-11